

## סירוב לבצע בדיקות סקר ביילוד

בית החולים/מקום הלידה: \_\_\_\_\_ שם משפחת היילוד: \_\_\_\_\_  
מספר תעודת זהות של היילוד (9 ספרות): \_\_\_\_\_ תאריך הלידה: \_\_\_\_\_  
שם מלא של האם: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות של האם: \_\_\_\_\_

בחתימתי על מסמך זה אני מאשר/ת את הדברים הבאים:

קיבלתי וקראתי את עלון ההסבר של משרד הבריאות "לקראת לידה כולל בדיקות סקירה ביילודים בריאים".

הוסבר לי שבדיקות הסקר ביילודים מומלצות על ידי משרד הבריאות ונועדו לאתר מחלות קשות אשר מניעת התפרצותן או הפחתת חומרתן הם אפשריים, על ידי טיפול שיש להתחיל מוקדם ככל שניתן .

מובן לי כי על מנת לאפשר התחלת טיפול מוקדם במידה והיילוד ימצא חולה באחת המחלות הנבדקות יש לבצע את דגימת הדם מוקדם. אבל, על-מנת לקבל תוצאות הניתנות להערכה יש לבצע את דגימת הדם לא לפני 36 שעות מזמן הלידה ומוטב בין 48-72 שעות לאחר הלידה.

הוסבר לי והבנתי שהבדיקות מיועדות בין היתר גם לגילוי מחלות אשר עלולות לגרום לתסמינים ביילוד כבר בימים הראשונים שלאחר הלידה.

הוסבר לי שמטרת הבדיקות של כלל היילודים היא לאתר ולאפשר אבחנה וטיפול מונע עוד לפני התפתחות נזק בלתי הפיך לבריאות היילוד, ובכלל זה בעיות בהתפתחות, פיגור שיכול ואף מקרי מוות ממחלות מטבוליות.

קיבלתי הסבר ואני מבין/נה את הסיכונים לבריאות בני/בתי עקב סירובי לבצע את הבדיקה לבני/בתי.

לאחר שקיימתי שיחה עם \_\_\_\_\_ על כל הנקודות המוזכרות מעלה אני מסרב/ת לבצע את הבדיקה בבני/בבתי.

### על החתום:

חתימת האם: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

חתימת האב: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

חתימת המסביר: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

תחום התמחות המסביר/חורתמת המסביר: \_\_\_\_\_

### הערות:

על היולדת או במקרה חריג האפוטרופוס החוקי (אימוץ, אם פונדקאית, יולדת קטינה/חסויה וכיוצא באלה) לחתום על המסמך. רצוי להחתים גם את האב, אם הוא ידוע ונמצא. המסביר יהיה מנהל מחלקת יילודים או מי שמינה מטעמו מתוך הצוות הרפואי. את המסמך החתום יש לשמור בתיק האשפוז. יש לשלוח למעבדה כרטיס בדיקה ללא דם עם הפרטים המזהים ולציין כי האם/ההורים סירבה/ו לבדיקה.